

POTILASTIETOJEN PYYNTÖ

ETELÄ-SAVON SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

Saapumispäivä:

Vastaanottaja:

Lähetysosoite:

Mikkelin keskussairaala

Potilasasiakirjakeskus

Porrassalmenkatu 35-37

50100 Mikkelä

POTILAS, JONKA TIETOJA PYYDETÄÄN	Sukunimi, etunimet	Henkilötunnus
	Osoite:	Puh:
TIETOJEN PYYTÄ- JÄ (jos muu kuin potilas)	Sukunimi, etunimet	
	Osoite:	Puh:
Mikä on tietojen pyytäjän suhde potilaaseen?	<u>Rastittakaa oikea vaihtoehto:</u> <input type="checkbox"/> 1. potilaan omainen (esimerkiksi puoliso, tytär / poika) <input type="checkbox"/> 2. potilaan huoltaja (esimerkiksi isä / äiti) <input type="checkbox"/> 3. potilaan nimeämä edustaja 4. Muu, mikä? <input type="checkbox"/> _____	
MITÄ TIETOJA PYYDETÄÄN?	Pyydetävät tiedot:	
MILTÄ AJALTA?	Aika, jolta em. tiedot halutaan _____ - _____	
PERUSTELU (täytettävä aina kun pyydetään tietoja vainajasta)		
	Luovutuksen saaja ei saa käyttää tai luovuttaa tietoja edelleen muuhun tarkoitukseen.	
PÄIVÄYS JA TIETOJEN PYYTÄJÄN ALLEKIRJOITUS		

Täysivaltaisen potilaan valtuutus tietojen pyytämiseen

POTILAAN ANTAMA VALTUUTUS	Valtuutan _____pyytämään potilastietoni.
PÄIVÄYS JA VALTUUTTAJAN ALLEKIRJOITUS	

REKISTERINPITÄJÄN MERKINNÄT	
--------------------------------	--